Aus der Königlichen chirurgischen Klinik zu Kiel.

Über den Dauererfolg der Whitehead'schen Haemorrhoidaloperation mit besonderer Berücksichtigung der continentia alvi, auch nach Behandlung der fissura ani.

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde
der hohen medizinischen Fakultät
der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Emil Finckh
aus Schleswig.

Kiel 1912.
Druck von H. Fiencke.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153522_0008

Aus der Königlichen chirurgischen Klinik zu Kiel.

Über den Dauererfolg der Whitehead'schen Haemorrhoidaloperation

mit besonderer Berücksichtigung der continentia alvi, auch nach Behandlung der fissura ani.

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde
der hohen medizinischen Fakultät
der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Emil Finckh
aus Schleswig.

Kiel 1912.
Druck von H. Fiencke.

No. 57.

Rektoratsjahr 1911/12.

Referent: Dr. **Anschütz.**

Zum Druck genehmigt:

Heine,

z. Z. Dekan.

Im September 1910 erschien aus der Breslauer chirurgischen Klinik (Prof. Dr. H. Küttner) eine Arbeit von Dr. E. Melchior: Über die Gefahren der forcierten Dehnung des sphincter ani. Der Inhalt dieser Arbeit ist kurz folgender: Die praktische Erfahrung spricht dafür, daß die so oft ausgeübte Methode der Sphincterdehnung oder -discision bei fistula ani, fissura ani, Haemorrhoiden und Sphincterspasmus zu schweren Folgeerscheinungen, zu dauernder incontinentia alvi, führen kann, und zwar infolge einer sekundären Atrophie des Schließmuskels. So konnte M. bei Gelegenheit von Nachuntersuchungen an einer großen Zahl von Patienten, die wegen Analfistel operiert worden waren, feststellen, »daß in allen Fällen, in denen sicher eine Durchschneidung des Sphincters vorgenommen war, eine dauernde Beeinträchtigung der Kontinenz von diesem Eingriffe her resultierte«. Auch die Patienten, bei denen vor der Spaltung der Fistel der Sphincter gedehnt worden war, zeigten Störungen der Kontinenz, die in einigen Fällen nur von kurzer Dauer waren, in anderen aber sich auf fünf Jahre hin erstreckten, ohne daß sich die geringste Tendenz zur Besserung gezeigt hätte. Ferner konstatierte M. unter sechs Fällen, die wegen einer Analfissur mit unblutiger Sphincterdehnung behandelt worden waren, in einem Falle eine schwere Schädigung der Kontinenz. Die Nachuntersuchung dieses Falles erfolgte nach etwa zwei Jahren und ergab einen auffallend weiten und schlaffen Analring und

eine sehr unvollkommene Kontraktion des Schließmuskels. Unter zwanzig Fällen, die wegen Haemorrhoiden nach der Whitehead'schen Excisionsmethode mit vorhergehender Sphincterdehnung operiert waren, fand M. ebenfalls auf Grund eigener Nachuntersuchungen einen Fall mit ausgesprochener incontinentia alvi. Bei diesem Patienten lag die Operation fünf Jahre zurück. Es besteht jetzt eine fast komplete Incontinenz, da auch fester Stuhl dauernd abgeht. Der Analring ist völlig erschlafft, der Aufforderung zu Kontrahieren kann Patient kaum nachkommen. Beim Pressen prolabiert der Darm ca. 6 cm. Die Annahme, in diesem Falle die Incontinenz auf eine intra operationem gesetzte Laesion des Sphincters zurückzuführen, scheint dem Verfasser wegen der Geringfügigkeit der Verletzung nicht berechtigt. Bei einem anderen Patienten beobachtete M. eine vorübergehende Störung als Folge der Sphincterdehnung nach einer Haemorrhoidaloperation, nämlich einen Schleimhautprolaps, jedoch ohne Beeinträchtigung der Kontinenz. Die eigentliche Ursache dieser unliebsamen Komplikationen glaubt M. sehen zu müssen

1) in einer allzu großen Gewaltanwendung bei der Spincterdehnung und
2) in einer oberflächlichen Narkose.

Herr Professor Dr. Anschütz hatte die Freundlichkeit, mich auf diese Arbeit aufmerksam zu machen und mich zu einer Nachprüfung des Materials der hiesigen Königl. chirurgischen Klinik anzuregen. Zwar sollen in den Rahmen der nachfolgenden Arbeit nur die Operationserfolge der Haemorrhoiden und der Analfissur fallen, aber neben einer sorgfältigen Prüfung der Kontinenz soll auch der Dauererfolg der geübten Operationsmethoden überhaupt berücksichtigt und nachgeprüft werden.

Das mir freundlich zur Verfügung gestellte Material stammt aus einem Zeitraum von ca. 10 Jahren, von April 1900 bis Juli 1910. Innerhalb dieser Zeit wurden an der hiesigen Klinik 226 Patienten (190 Männer 36 Frauen) wegen äußerer und innerer Haemorrhoiden behandelt; von

diesen wurden 208 Fälle nach der Whitehead'schen Excisionsmethode operiert. Wegen einer Analfissur wurden 21 Patienten (11 Männer, 10 Frauen) behandelt, davon 18 mit unblutiger Sphincterdehnung. Auf Grund von Anfragen und eigenen Nachuntersuchungen ist es mir nun möglich, über den Dauererfolg der geübten Operationsmethoden einige Angaben zu machen, und zwar liegen mir von den Patienten, die wegen Haemorrhoiden operiert worden sind, 111 Ergebnisse vor auf Grund schriftlicher Antworten und 41 auf Grund eigener Nachuntersuchungen; und von denen, die wegen einer Analfissur behandelt wurden, bekam ich in 12 Fällen eine schriftliche Antwort und konnte in 1 Falle eine eigene Nachuntersuchung anstellen.

Eine Kombination von Haemorrhoiden und fissura ani lag in 23 Fällen vor, von Haemorrhoiden und fistula ani in 4 Fällen.

Von den in hiesiger Klinik aufgenommenen 226 Haemorrhoidalleidenden, die zum großen Teil (145) durch leichtere oder schwerere Blutverluste infolge ihres Leidens recht behindert und sogar sehr erschöpft waren, wurden behandelt mittels

1. Excision der Schleimhaut und nachfolgender Naht (Whitehead 1882): 208,
2. einfacher Ligatur der Knoten (engl. Meth.): 9,
3. Injektion gerinnungerregender Flüssigkeiten (Kelsey): 6,
4. forcierter Dehnung des Sphincters: 3.
5. Die Thermo- oder Galvanokauterisation (v. Langenbeck) wurde zusammen mit einer der übrigen Methoden in 17 Fällen angewandt.

In einem Falle mußte von einer radikalen Operation abgesehen werden. Es handelte sich um eine Kombination von Haemorrhoiden und fissura ani. Die Patientin, 42 Jahre alt, hatte in den letzten Jahren sehr viel Blut beim Stuhlgang verloren, sodaß sie allmählich immer blasser wurde. Sie ließ sich in die hiesige medizin. Klinik aufnehmen, wo man anfangs einen Hämoglobingehalt von 26 % konstatierte, der später auf 32 % stieg. Dann wurde sie zur Operation in die chirurg. Klinik verlegt, am 11. IX. 08. Wegen der

bestehenden hochgradigen Anaemie wurde hier von einer Radikaloperation abgesehen. Die Fissur wurde umstochen und ein Teil der Knoten durch Circumcision entfernt. Die Blutung war dabei relativ stark. Die Schleimhaut war brüchig, sodaß die Fäden vielfach durchschnitten und eine neue Blutung verursachten. Es wurden deshalb noch einige Knoten abgeschnürt, worauf die Blutung stand. Am 6. Tag nach der Operation wurde die Patientin zur weiteren Anaemiebehandlung in die medizin. Klinik zurückverlegt. Auf meine Anfrage hin schreibt mir die Patientin jetzt, daß sie zwar noch etwas Blut und Schleim nach der Operation verloren habe, sonst aber seitdem vollkommen beschwerdefrei sei.

Also in der weitaus größten Mehrzahl der Fälle wurde die Excision der Rektalschleimhaut nach Whitehead vorgenommen, und zwar wurde 3 mal im Aetherrausch operiert, 16 mal unter Lokalanästhesie, 22 mal unter Lumbalanästhesie (Stovain, Novocain, Alipin) und die übrigen Fälle in Chloroform- oder Aethertropfnarkose.

Der Verlauf der geübten Operationsmethode (Whitehead) ist kurz folgender: Nach gründlicher Entleerung und Ruhigstellung des Darms mit tinct. Opii (25 Tr.) wird bei Steinschnittlage des Patienten zu Beginn der Operation der sphincter ani manuell oder instrumentell langsam, aber weitgehend dilatiert. Von einem Circulärschnitt im ganzen Darmumfang aus, entlang der Hilton'schen Linie zwischen äußerer Haut und Mastdarmschleimhaut, wird die varikös erkrankte Schleimhaut nach oben hin zurückpräpariert bis ins Gesunde unter sorgfältiger Schonung der beiden Sphincteren. Die Blutstillung geschieht mittels Ligatur. Dann wird die Schleimhaut quer durchtrennt und gleichzeitig werden abwechselnd die freien Wundränder einander genähert und mit Catgut und Seidenknopfnähten vernäht. Auf eine exakte Naht und ein sorgfältiges Adaptieren der Wundränder ist großes Gewicht zu legen, wenn man eine primäre Heilung und eine lineare Narbe erzielen will. Bisweilen wird eine vordere oder hintere Schleimhautbrücke stehen gelassen (Esmarch, Reklus). Ein mit Jodoformgaze umwickeltes, nicht allzu dickes Gummidrain wird zum Schluß hoch ins

Rektum hinauf eingeführt. Die Nachbehandlung besteht in der Darreichung von tinct. Opii (3 mal tgl. 15 Tr.) und in ausschließlich flüssiger Diät. Nach 8 Tagen erfolgt auf ein Abführmitel hin die erste Stuhlentleerung, am 16. Tag im allgemeinen die Entlassung des Patienten mit einer entsprechenden Unterweisung betreffs einer eigenen weiteren Nachbehandlung.

Als Nachtrag zu dem geschilderten Verlauf der Operationsmethode sei noch erwähnt, daß Herr Prof. Dr. Anschütz selbst die Dehnung des Sphincters nicht vor, sondern erst am Ende der Operation macht, und daß in der letzten Zeit die Einführung eines Drainrohrs -unterblieben ist, da dieses bisweilen den Patienten Unannehmlichkeiten bereitet.

Die unmittelbaren Erfolge der Operation waren durchaus gute. Der Verlauf der Nachbehandlung war abgesehen von zwei Fällen, auf welche ich noch zurückkomme, afebril. Sämtliche Patienten wurden als geheilt oder in Heilung begriffen aus der Klinik entlassen. Ein Todesfall kam nicht vor. Nur ein einziger verließ ungeheilt die Klinik.

Es handelte sich in diesem Falle um eine Kombination von Haemorrhoiden und prolapsus ani. Nachdem die Operation in der geschilderten typischen Weise am 30. IV. 08 gemacht worden war, reißt sich der Patient (29 Jahre alt) im Verlauf der Nachbehandlung den Verband ab, drängt aus dem Bett, sodaß er an Händen und Füßen gebunden werden muß, und schreit fortwährend. Auf Scopolamin subcutan schläft er endlich ein und wird währenddes in die psychiatrische Klinik überführt. Es besteht eine Inkontinenz für Stuhl. Die psychiatrische Klinik verläßt er wieder auf eigenen Wunsch nach zwei Tagen. Nach zwei Wochen wird er wieder in die chirurg. Klinik gebracht, da die ihn begleitende Mutter angibt, etwas Blut im Stuhl gefunden zu haben. Die Untersuchung ergibt folgendes: Die Wunde ist geheilt. Es besteht ein ulcus am anus. Der Sphincter ist weit, kontrahiert sich aber bei der Digitaluntersuchung. Es besteht noch eine incontinentia alvi. Patient wird wieder

nach Hause geschickt. Auf meine Anfrage hin, die 3 Jahre später erfolgte, teilt mir der Patient mit, daß er vollkommen beschwerdefrei sei.

Von Komplikationen, die sich bald nach der Operation einstellten und kürzere oder längere Zeit anhielten, aber bei der Entlassung des Patienten sämtlich wieder verschwunden waren, seien folgende erwähnt:

Urinretention	in 17 Fällen,
incontinentia alvi	„ 4 „ ,
Nachblutung	„ 3 „ ,

Prolapsus recti, Erysipelas ani, Absceß, Klaffen der Operationswunde wurden in je einem Falle beobachtet.

Die Urinretention, die in der Mehrzahl der Fälle 1—5 Tage anhielt und den Katheterismus erforderte, dauerte in einem Falle 16 Tage lang. Eine Cystitis ist nicht vorgekommen.

Die incontinentia alvi hielt bei einem Patienten 6 Tage lang an, bei einem anderen zwei Wochen, bei einem dritten 3 Wochen. In der Krankengeschichte des dritten Patienten fand sich der Vermerk, der sphincter sei bei der typischen Naht leicht lädiert. Die Anfrage ergibt, daß der Patient später eine volle Kontinenz bewahrt hat. Auch der vierte Fall dürfte Interesse haben. Es handelt sich um einen Patienten, der 9 Tage post op. aus der Klinik mit einer nicht ganz vollständigen Kontinenz entlassen wird. Nach 3 Tagen kommt er wieder in die Klinik mit der Angabe, der Stuhl gehe ihm dauernd unwillkürlich ab. Nach 5 Tagen wird er als geheilt wieder entlassen. Dieser Patient stellte sich mir nach einem Jahr zur Nachuntersuchung vor. Er erzählte, er könne festen und flüssigen Stuhl nicht länger als 3—5 Minuten zurückhalten. Die Digitaluntersuchung ergab einen weiten anus, einen sphincter, der sich nur sehr schlaff kontrahiert, und einen leichten einseitigen Vorfall der Rektalschleimhaut beim Pressen.

Auf meine Anfragen hin wurde mir außerdem in einem Falle eine Incontinenzdauer von 3 Wochen post op. angegeben, in einem anderen Falle von 4 Wochen, eine Incontinenz für flatus von $^1/_4$ und 1 Jahre.

Im Ganzen also fanden sich nach der Operation bei 8

Patienten vorübergehende schwerere oder leichtere Incontinenzerscheinungen.

N a c h b l u t u n g e n sind 3 mal beobachtet worden. Ein Patient klagte am Abend des Operationstages über äußerst heftige Schmerzen, die mit Morphin gelindert wurden. Da die Schmerzen nicht aufhörten, wurde das eingeführte Drainrohr herausgezogen, wobei eine kleine Blutung einer vorher durch das Drain komprimierten Vene eintrat. Es wird ein neues Drainrohr eingeführt, worauf die Blutung steht. Ähnlich erging es einem zweiten Patienten. Bei diesem wurde eine eintretende Nachblutung durch Tampons zum Stehen gebracht. Im dritten Fall trat am 10. Tage post op. plötzlich nachts eine starke Blutung im Anschluß an eine Stuhlentleerung auf, die auf Tamponade stand. Bei späteren Stuhlentleerungen stellten sich Blutungen nicht wieder ein.

Von schweren Nachblutungen berichtete mir eine andere Patientin (Operation am 14. V. 09). Sie schreibt, unter der weiteren Behandlung eines Arztes habe sie nach der Operation noch 6 Wochen lang unter den qualvollsten Schmerzen und täglichen Blutungen während des Stuhlgangs still im Bett liegen müssen. Die kleinsten Anstrengungen, die sie sich nachher machte, wie Staubwischen u. a., und jedes unvorsichtige Bücken führten sofort wieder zu Rückfällen. Die Schmerzen, die sie beim Stuhlgang hatte, waren lange Zeit »entsetzlich«. Doch ließen die Beschwerden allmählich nach, das Allgemeinbefinden wurde besser, und die Patientin ist jetzt dankbar für den Erfolg der Operation.

Ein p r o l a p s u s r e c t i post operationem ist in der Klinik einmal beobachtet worden, in einem zweiten Falle berichtet mir ein Patient, nach der Operation einen Vorfall der Mastdarmschleimhaut bekommen zu haben, den er sich wegen gleichzeitiger starker Blutverluste habe operieren lassen müssen. Danach gehe es ihm gut.

Ein E r y s i p e l der Aftergegend trat bei einem Patienten auf, der in üblicher Weise operiert worden war (am 20. VIII. 05). und dessen Wunde am 7. Tage post. op. sehr gut aussah. Abends plötzlicher Temperaturanstieg auf 38,2°: nach hinten und nach rechts vom After ist die Haut gerötet in einer

Ausdehnung von etwa zwei Handtellern. Die Rötung ist scharf begrenzt mit leicht erhabenem Band. Verlegung des Patienten in die septische Baracke. Nach 8 Tagen langsame Entfieberung, nach weiteren 14 Tagen geheilt entlassen. Auf die jetzt erfolgte Anfrage gibt der Patient an, abgesehen von zeitweisem brennendem Gefühl am After, vollkommen beschwerdefrei zu sein.

In einem anderen Falle hatte sich unmittelbar nach der Operation ein Absceß gebildet. Typische Operation am 18. VI. 10. Es heißt im Operationsbericht: Die Haemorrhoiden reichen ziemlich hoch hinauf. Die Spannung zwischen Haut und Schleimhaut ist daher stellenweise recht stark. Abends Temperatursteigerung. Entfernung zweier Nähte: es entleert sich etwas Eiter. Rechts hinten hat sich ein kleiner Absceß entwickelt, welcher gespalten wird. Die Temperatur war gestiegen bis auf 39,4° und fiel wieder am 3. Tage. Weitere Behandlung mit Bädern und Spülungen. Die Wunde reinigt und schließt sich nach 8 Tagen. Der Patient wird geheilt entlassen. Nach etwa einem Jahre stellt der Patient sich mir vor und gibt an, er habe 4 Wochen lang nach der Operation, 2—3 mal wöchentlich, beim Stuhlgang Blut verloren und eine Woche lang den Stuhl nicht zurückhalten können. Seitdem sei er vollständig gesund. Die Digitaluntersuchung ergibt keinen pathologischen Befund. Der Sphincter kontrahiert sich kräftig.

In einem letzten Falle endlich, bei dem post. op. (6. XI. 09) eine Komplikation hinzutrat, handelt es sich um einen Patienten, in dessen Krankengeschichte folgendes vermerkt ist: Ein Teil der Fäden hat nicht gehalten. Es ist zu einem Auseinanderweichen der Nahtränder gekommen, sodaß zwischen Schleimhaut und äußerer Haut eine 1½ cm breite granulierende Zone liegt. 9 Tage später: Die granulierende Zone ist zum größten Teile von der Schleimhaut und von der Epidermis aus epithelialisiert. Patient wird in Heilung entlassen. Die Anfrage nach ca. 1½ Jahren ergibt folgendes Endresultat: abgesehen von zeitweisem Jucken nach größeren Märschen ist der Patient absolut beschwerdefrei.

Von eigentlichen heftigen Schmerzen im Anschluß an die Operation berichten zwei Krankengeschichten. Die Schmerzen waren so heftig, daß sie mit Morphiuminjektion gelindert werden mußten. Sie hielten jedesmal nur einen Tag an.

In einem Falle kam im 3. Jahre ein Recidiv zur Operation. In aller Kürze gebe ich die Krankengeschichte dieses Patienten wieder.

J. J., 49 J. alt, Weichensteller, leidet seit 10 Jahren an Haemorrhoiden. Seit 4 Wochen Schmerzen beim Stuhlgang und tägliche starke Btutungen.

Status: Gesunder, kräftiger Mann. — Am anus sind kleinere Knoten sichtbar. Beim Pressen treten große, prall gefüllte Venenknoten heraus, von denen der eine noch leicht blutet. Vorbereitung zur Operation

8. VI. 03. Operation. Chl. Nark.

Sphincterdehnung. Abtragen der H-knoten mit sofortiger Vereinigung von äußerer Haut und Schleimhaut. Die aus größerer Tiefe sich einstellenden noduli der Analschleimhaut werden mit dem Thermokauter ustioniert. Einlegen eines mit Jodoformgaze umwickelten Drains. T-Verband.

16. VI. Stuhlgang. Wunde geheilt.

20. VI. Patient wird beschwerdefrei entlassen.

Wiederaufnahme am 18. IX. 06.

Patient leidet seit 4 Monaten wieder an Blutungen und Stuhlbeschwerden. Er kommt, um sich nochmals operieren zu lassen.

Status: Am anus verschiedene alte Narben. An der linken Seite einige kleinere Haemorrhoidalknoten. Bei heftigem Drängen wölben sich blaurot aussehende Wülste der Rektalschleimhaut aus dem anus hervor.

21. IX. 06. Operation in Mo-Cl-Nark. Exstirpation der äußeren Knoten und der tieferen Schleimhautfalten.

25. IX. Katheterismus.

28. IX. Erste Stuhlentleerung.

3. X. Geheilt entlassen.

Am 30. IV. 11 (also 4½ Jahre nach der letzten Operation) stellte der Patient sich mir persönlich vor. Er gibt

an, er habe 4 Wochen lang post. op. besonders dünnen Stuhl nicht zurückhalten können. Seitdem ist er bis jetzt vollkommen beschwerdefrei und mit dem Erfolg der Operation sehr zufrieden. Die Untersuchung ergibt äußerlich ganz normalen Befund, auch beim Pressen wird nichts sichtbar. Der sphincter kontrahiert sich bei Digitaluntersuchung durchaus gut.

Warum in diesem Falle das Recidiv eintrat, ist schwer zu sagen. Vielleicht war bei der ersten Operation die Schleimhaut nicht hoch genug hinauf excidiert worden.

Die Nachprüfung der operierten Fälle gestaltete sich so, daß ich an ca. 180 Patienten Fragebögen sandte und von diesen 152 eindeutige Antworten erhielt. Die Fragen, welche ich den Patienten vorlegte, waren folgende:

1. Ist das Haemorrhoidalleiden vollständig verschwunden? Oder nicht? Wenn nicht:
2. Haben sich neue Haemorrhoidalknoten gezeigt? Wann zuerst?
3. Welche Beschwerden liegen vor?
    a) Besteht Jucken oder Brennen am After?
    b) Bestehen Schmerzen beim oder nach dem Stuhlgang?
    c) Oder bestehen andere Beschwerden?
4. Ist Blut beim Stuhlgang oder bei anderer Gelegenheit aus dem After abgegangen?
    a) Wie lange nach der Operation?
    b) Wie oft?
    c) Wie viel?
    d) Wann zuletzt?
5. Haben sie ganz normalen Stuhlgang? Oder besteht Verstopfung oder Durchfall?
6. Können Sie den Stuhl zurückhalten?
   Festen Stuhl?
   Flüssigen Stuhl?
   Winde?
   Wenn nicht: Seit wann nicht?
   Wie lange nicht?
   Auch jetzt noch nicht?

Was tun Sie dagegen, oder was haben Sie dagegen getan?

7. Haben Sie irgendwelche Beschwerden beim Wasserlassen?

In kurzer Übersicht stellen sich die Dauerresultate folgendermaßen:

1. Gruppe: Recidivfrei, ohne jegliche Beschwerden: 105.
2. Gruppe: Recidivfrei, mit bestehenden Beschwerden: 28.
3. Gruppe: Angeblich nicht recidivfrei: 19.

Die nachfolgende Tabelle ergibt die Einzelheiten.

Vorausschicken möchte ich, daß ich mich in der Mehrzahl der Fälle auf die schriftlichen Angaben der Patienten verlassen mußte. Diese Angaben waren naturgemäß in einigen Fällen so unsicher und unbestimmt, daß ich mehrere davon aus der Beurteilung auszuschalten mich genötigt sah. Nur die habe ich berücksichtigt, welche einigermaßen eindeutig aufzufassen waren. In 41 Fällen konnte ich die Angaben durch eine eigene Nachuntersuchung in der Klinik bestätigen und ergänzen und konnte, um es schon hier vorauszunehmen, äußerlich und digital nur in zwei Fällen Recidive nachweisen. In dem einen Falle (auf den anderen komme ich später zurück) füllte sich beim Pressen ein großer Kranz von Venenknoten rings um den anus herum prall an. Dieser Patient gab an, vollkommen beschwerdefrei und von seinem früheren Leiden geheilt zu sein. Aus diesen Worten ist unschwer zu ersehen, wie schwierig es ist, ein Recidiv mit Sicherheit anzunehmen oder auszuschließen, wenn man allein auf die schriftlichen Angaben der Patienten angewiesen ist.

Aus der Tabelle ist ersichtlich, daß der Zeitraum, für den sich eine Recidivfreiheit feststellen ließ, mindestens 1 Jahr und in der Höchstzahl 10 Jahre beträgt, d. h. zur Zeit meiner Nachfrage lag die Operation für die verschiedenen Patienten 1—10 Jahre zurück. Von 105 unter 152 Patienten bekam ich die bestimmte Antwort, sie seien von ihrem früheren Leiden vollkommen befreit, seien sehr glücklich darüber und mit dem Erfolg der Operation außerordentlich zufrieden. Manche

152 Endresultate der **Whitehead'schen Haemorrhoidaloperation**
an der Königl. Chirurg. Klinik zu Kiel (aus den Jahren 1900—1910).

Anzahl der Jahre post. op. (abgerundet).	Recidivfrei.	Dauernde stärkere Blutungen.	Stenosis ani.	Fistula ani.	Schleimhaut-prolaps.	Partielle Incontinenz.	Angeblich nicht recidivfrei.*)	Anzahl der nach-untersuchten Fälle.
10	5				1	1	1	1
9	11				1	1	1	5
8	9				1	3	2	5
7	6						2	2
6	10	2			1		1	2
5	14	2	1			1	1	4
4	13	1				1	3	8
3	13	2		1		3	4	5
2	13	1				5	2	3
1	11					4	2	6
	105					19	19	41

*) Näheres darüber siehe im Text.

von diesen schilderten ihren jetzigen Zustand in glänzenden Farben. Früher seien sie immer verzagt und arbeitsunlustig gewesen, nach der Operation aber wieder mutig und lebensfroh geworden. Die Nachuntersuchung konnte die Angaben durchaus bestätigen. Sie ergab jedesmal vollkommen normale Analverhältnisse: von Haemorrhoidalknoten ist äußerlich nichts zu sehen und digital nichts zu fühlen. Eine feine lineare Narbe zieht sich rings um den After herum. Beim Pressen wölbt sich keine Schleimhaut vor. Die Analöffnung ist normal weit. Die Sphincteren kontrahieren sich durchaus gut. Die Untersuchung ist nicht schmerzhaft.

Unter die angegebene Zahl fallen auch, um den genaueren Nachfragen und Antworten Rechnung zu tragen, ca. 20 Patienten. die über zeitweises Jucken am After klagen beim langen Gehen oder beim Schwitzen, das sie aber durch kalte oder warme Bäder, Waschungen und Salben selbst leicht beseitigen, so daß es ihnen nicht nennenswert unbequem ist. Sodann fallen unter die genannte Zahl auch ca. 8 Patienten, die da glauben angeben zu können, einmal oder zeitweise etwas Blut dem Stuhl beigemischt gefunden zu haben, daß sie aber ebenfalls nicht in der Freude, von ihrem alten Leiden befreit zu sein, störte.

Anders steht es dagegen mit 8 Patienten, bei denen sich äußerlich das frühere Haemorrhoidalleiden zwar nicht wieder eingestellt hat, die aber unter häufigem Schleimabgang und unter regelmäßigen geringeren oder größeren Blutverlusten, oft bei jedem Stuhlgang, der meist hart und schmerzhaft ist, zu leiden haben. Die Menge des verlorenen Blutes schwankt zwischen mehreren Tropfen und einer halben kleinen Tasse voll. Vielleicht muß man in diesen Fällen, falls man ein carcinoma recti von vornherein glaubt ausschließen zu können, an hoch oben in der Rektalschleimhaut sitzende Varixknoten, die bei der Operation nicht erreichbar waren, denken (Goldmann).

Stenosebeschwerden am anus fanden sich bei einem Patienten. Er klagte über erschwerten Stuhlgang, und die Digitaluntersuchung ergab einen auffallend engen After, der mit dem Finger nicht zu passieren war. Durch vorwiegend

flüssige Diät und regelmäßiges Einnehmen eines leichten Abführmittels sucht der Patient sich mit Erfolg über seine Beschwerden hinwegzubringen. Dieser eine Fall wird die oft ausgesprochene Furcht vor der Strikturenbildung nach der Excision der Haemorrhoiden in ihrer Berechtigung nicht stärken.

In einem anderen Falle gab eine Patientin an, das Haemorrhoidalleiden sei zwar nicht wieder aufgetreten, aber es hätten sich Fisteln am After gebildet, derenwegen sie sich bereits zweimal habe operieren lassen. Sie beobachte bisweilen Eiterabsonderung aus dem Darm und habe zeitweise Schmerzen und Blutverlust beim Stuhlgang.

Es klagten 9 Patienten darüber, daß sie Not beim Wasserlassen hätten. Da diese sich nicht mit absoluter Gewißheit als eine Folgeerscheinung der ausgeführten Operation konstatieren ließ, gehe ich nicht darauf ein.

Was nun die Erscheinungen einer Sphincterinsufficienz betrifft, so möchte ich auch in diesem Punkte zunächst nur einfach berichten, was ich von den Patienten erfahren habe.

In 4 Fällen ließ sich aus den Angaben ein Vorfall der Mastdarmschleimhaut entnehmen, und zwar in 3 Fällen bei der Defaecation und in einem Falle bei schwerer körperlicher Arbeit. Zwei von diesen Fällen konnte ich selbst untersuchen: Äußere Haemorrhoidalknoten finden sich nicht vor. Im ersten Falle ist der anus ziemlich weit, der sphincter kontrahiert sich recht gut, beim Pressen wölbt sich die Rektalschleimhaut etwas aus dem anus heraus vor. Im zweiten Fall kontrahiert sich der sphincter ebenfalls gut, aber beim Pressen prolabiert die Mastdarmschleimhaut in einer Länge von ca. 2 cm. Bei dem dritten Patienten, der mir ein Vorfallen der Schleimhaut bei schwerer körperlicher Arbeit mitteilt, finde ich in der Krankengeschichte erwähnt, daß am 5. Tage nach der Operation ein prolapsus recti festgestellt ist, und daß dieser trotz guter continentia alvi bei der Entlassung noch besteht. Der vierte Patient endlich schreibt mir, daß, wenn er den nach den Stuhlentleerungen sich vorstülpenden Mastdarm nur jedesmal vorsichtig und

sorgfältig zurückbringe, sodaß er sich nicht festklemme, er keine weitere Beschwerden davon habe. Auf die Frage, ob es sich in diesen Fällen um eine Parese des Schließmuskels handelt, werde ich noch zurückkommen.

Um nun auf das Thema zu kommen, welches Melchior in der anfangs zitierten Arbeit behandelt, die *incontinentia alvi*, so berichteten mir im ganzen 19 Patienten von unwillkürlichem Stuhlgang nach der Operation. Von diesen stellten sich 9 zur Nachuntersuchung vor. Das Resultat war in jedem Falle folgendes: Äußere Haemorrhoidalknoten sind nicht vorhanden. Die Analöffnung ist nicht erweitert. Die Sphincteren kontrahieren sich gut. Beim Pressen tritt nichts heraus. Es lagen also überall durchaus gesunde Verhältnisse vor.

Gleich hier will ich auch erwähnen, daß alle diese Patienten eigentliche Beschwerden oder große Unannehmlichkeiten von ihrer Incontinenz garnicht oder doch nur ganz ausnahmsweise hatten. Fast alle hatten sich durch eine geordnete Diät und durch einen regelmäßigen Stuhlgang so an ihren Zustand gewöhnt, daß er ihnen durchaus nicht mehr hinderlich oder lästig gewesen wäre oder sie vielleicht bewogen hätte, einen Arzt deswegen aufzusuchen. Eine große Anzahl von ihnen war noch dankbar und recht zufrieden mit dem Erfolg der Operation.

Die mündlichen Schilderungen, die mir die Patienten von ihrem Zustand machten, bestätigten deutlich die schriftlich angegebene Incontinenz. Von ihnen machten 4 ganz allgemeine Angaben: sie könnten den Stuhl nicht so gut wie früher zurückhalten oder nicht lange, in einem Falle nur 3—5 Minuten. Ein anderer erzählte, er habe bisweilen ein heftiges unangenehmes Drängen im Mastdarm und müsse sich dann sehr beeilen, da er dem Drange nicht lange widerstehen könne. Winde gingen oft von selbst ab. Beim Wasserlassen verliere er meistens unwillkürlich etwas Stuhl, von Wallnußgröße und größer, ohne daß es ihm möglich sei, diesen zurückzuhalten. Doch will er dieses auch schon vor der Operation, solange er an Haemorrhoiden leidet, gehabt haben. Mit dem Erfolg der Operation ist er

im übrigen sehr zufrieden. Für die übrigen 15 Patienten bestand die Incontinenz nach Angabe nur für flüssigen Stuhl und Winde. Ich gebe absichtlich die einzelnen Krankengeschichten nicht wieder, da sie im großen und ganzen alle einander gleich sind und nur ganz geringe Verschiedenheiten zeigen. In keinem der Fälle sind im Operationsbericht irgendwelche Besonderheiten von seiten des sphincter ani erwähnt worden, auch sind sie alle mit guter Continenz entlassen. Eine Reihe der Angaben stimmt darin überein, daß die betreffenden Patienten festen Stuhl zurückhalten können, daß sie aber dann, wenn sie nach irgend einem Diätfehler oder nach starker Flüssigkeitsaufnahme Durchfall bekommen, eilends einen sicheren Ort aufsuchen müssen, da sie dünnen Stuhl nicht halten können. Andere wieder, die bei hartem Stuhlgang einen brennenden Schmerz am After verspüren, sorgen mit Absicht für einen leichten Stuhlgang, nehmen dafür aber dann die Folgen einer Incontinenz mit in den Kauf. Noch andere berichteten mir, sie hätten viel mit Blähungen zu tun, diese gingen oft unwillkürlich ab und zugleich mit diesen mehr oder weniger Stuhl, ohne daß es ihnen möglich sei, dieses zu verhindern, so daß sie gezwungen seien, öfters ihre Wäsche zu wechseln. Ein einziger erzählte mir, daß ihm auch beim Bücken Winde und dünner Stuhl von selbst abgingen, und daß er überhaupt dadurch, daß er den Stuhl nicht zurückhalten könne, doch recht belästigt würde.

Wenn wir bedenken, eine wie unangenehme Behinderung, ja wie geradezu eine absolute Unmöglichkeit im gesellschaftlichen Verkehr der Menschen untereinander eine incontinentia alvi in ihrer ausgesprochensten Form darstellt, so dürfen uns gewiß diese Zustände nicht gleichgültig sein. Aber in allen unseren Fällen kann von einer kompleten Insufficienz des Schließmuskels doch wohl keine Rede sein, sondern immer nur von einer partiellen, welche, wie schon gesagt wurde, in ihrer Form nicht hinderlich zu sein braucht. Die Frage nach der Ursache der beobachteten Incontinenz berücksichtige ich an einer anderen Stelle.

Als letztes in der Tabelle habe ich die angeblich

nicht recidivfreien Patienten angeführt, d. h. alle die, welche auf die erste Frage des Fragebogens mit »nein« antworteten (: 18), und die, bei welchen sich objektiv Haemorrhoidalknoten nachweisen ließen, ohne daß eigentliche Beschwerden vorlagen (: 1). Es sind also im ganzen 19 Patienten, von denen 14 bestimmt angaben, direkt neue Haemorrhoidalknoten bei sich entdeckt zu haben. Selbst untersuchen konnte ich 6 Patienten. Um das Resultat der Nachuntersuchung vorauszunehmen, so ergaben sich in 2 Fällen nachweisbare variköse Erweiterungen. In dem einen Falle, den ich früher schon erwähnte, bestand beim Pressen rings um den anus herum ein Kranz prall gefüllter Knoten, welche aber dem Besitzer durchaus keine Beschwerden machten. In dem zweiten Fall zeigte sich ein etwa erbsengroßer Knoten. Dieser Patient klagte über Schmerzen bei hartem Stuhlgang und über zeitweisen Blutverlust. Die Untersuchung der anderen 4 Patienten ergab äußerlich und digital vollkommen normalen Befund; nur bei einem zeigte sich beim Pressen eine kleine bläulich verfärbte Venenerweiterung ziemlich hoch in der Analschleimhaut.

Die Angaben der übrigen Patienten, die darüber klagten, ihr Zustaand sei genau wieder derselbe wie vor der Operatiou, zeigen ein gleiches Bild mit nur geringen Abweichungen. Sie glauben bemerkt zu haben, daß sich kürzere oder längere Zeit nach der Operation Knoten am After gebildet haben, die beim Pressen oder bei der Stuhlentleerung größer werden. Sie leiden unter Jucken oder Brennen am After, unter hochgradiger Stuhlverstopfung, unter heftigen Schmerzen bei der Stuhlentleerung und meinen, öfters dem Stuhl Blut beigemischt gefunden zu haben. Nur zwei teilten mir mit, sie seien wegen ihres Haemorrhoidalleidens wieder in ärztliche Behandlung gegangen. Über die Art der Behandlung sagten sie nichts aus.

Wie lange nach der Operation diese Patienten beschwerdefrei geblieben waren, konnte ich in 13 Fällen feststellen. Das alte Leiden hatte sich angeblich wieder eingestellt:

bei	2 Pat.	gleich		nach	der	Operation
„	1 „	8	Wochen	„	„	„
„	2 „	1	Jahr	„	„	„
„	4 „	2	Jahre	„	„	„
„	1 „	4	„	„	„	„
„	1 „	6	„	„	„	„
„	1 „	7	„	„	„	„
„	1 „	8	„	„	„	„

Diese kleine Zusammenstellung beweist, daß die Ansicht Falke's nicht zutreffend sein kann, der da meint, ein Jahr als Beobachtungszeit genüge, um, «falls sich keine neue Knoten gezeigt und die bisherigen Beschwerden aufgehört haben«, in dem betreffenden Falle einen Dauererfolg anzunehmen. Auch Ehrich spricht nach einer nur einjährigen Beobachtungszeit nur mit einer gewissen Reserve von Dauerheilung. In unseren Fällen ließ sich konstatieren, daß 5 Patienten innerhalb eines Jahres angeblich ein Recidiv bekamen, 8 nach längerer Zeit.

Die Whitehead'sche Haemorrhoidaloperation hat in der Literatur der letzten Jahre viele Kritiker gefunden. Man hat ihr vorgeworfen, daß sie nicht das hielte, was der Begründer der Methode von ihr verspreche.

Bekanntlich beansprucht Whitehead für seine Operationsmethode folgendes:

1. Sie bedarf neben ihrer Einfachheit keines großen Instrumentariums.
2. Sie ist ein radikales Heilverfahren.
3. Sie ist nicht gefährlicher als andere Methoden.
4. Der Schmerz ist geringer als bei irgend einer anderen Operation.
5. Der Blutverlust während der Operation ist wahrscheinlich größer als bei anderen Methoden, aber die Gefahren sekundärer Blutung sind geringer.

Anch Samuel Goodwin Gant, der amerikanische Proktologe, berichtet in seinem vorzüglichen Buche: »Die Krankheiten des Mastdarms und des Afters« von seinen Erfahrungen mit der Whitehead'schen Operationsmethode.

Er hat viele Male die Operation ausgeführt und in manchen Fällen ideale Erfolge gesehen. Doch in nicht wenigen Fällen waren die Komplikationen und die Folgen derart, daß die Patienten dauernd Invaliden blieben. In einer großen Anzahl sah er als Folgen dieser Methode: Incontinenz, Striktur, Ulceration, Proktitis oder Pruritis. Auch die Frage, ob die Whitehead'sche Operation den Patienten gegen ein Recidiv sichert, muß er dahin beantworten, »daß sie nicht mehr wie andere wohl bekannte und richtig ausgeführte Operationen gegen Rückfall schützt«. Und so faßt er die Erfahrungen, die er mit dieser Methode gemacht hat, in die folgenden Sätze zusammen:

1. Die Whitehead'sche Operationsmethode ist keine einfache Operation, sie erfordert im Vergleich zu anderen Methoden mehr Zeit, mehr chirurgische Geschicklichkeit und die besten Instrumente.
2. Die Schmerzen nach der Operation sind groß und können mehrere Tage lang anhalten.
3. Die Blutung während der Operation ist profus, und die Gefahren einer Nachblutung sind nicht geringer als bei anderen Methoden.
4. Infektionen und schwerwiegende Komplikationen kommen häufig vor.
5. Zugegeben, daß diese Methode ein radikales Verfahren darstellt, so ist doch zu erwägen, »daß genau so gute Resultate rascher, mit weniger Schmerzen und weniger Komplikationen durch weniger schwierige Operationen erzielt werden können«.

Die Whitehead'sche Methode wird nach Gaut stets ihren Platz in der Darmchirurgie behaupten, doch ist sie angezeigt nur für ganz bestimmte Fälle, z. B. für solche, in denen keine ausgesprochene Bildung von Haemorrhoidalknoten vorliegt, sondern nur ein variköser Zustand der unteren Rektalschleimhaut, und für solche, in denen die angiomatöse Masse ulceriert ist und häufig prolabiert.

Talke, der über die Endresultate des an der Königsberger chirurgischen Klinik (Prof. Dr. Garrè) geübten von

Langenbeck'schen Verfahrens, der Kauterisation der Haemorrhoiden, berichtet, gesteht zwar der Excisionsmethode zu, daß die Heilung, ungestörten Wundverlauf vorausgesetzt, in weit kürzerer Zeit vor sich gehe als bei der Kauterisation, macht aber auf der anderen Seite geltend, daß sie nur ein beschränktes Anwendungsgebiet aufzuweisen habe (bei allen durch entzündliche und ulcerative Prozesse komplizierten Fällen sei sie kontraindiziert) und sodann eine relativ große Infektionsmöglichkeit zulasse. Auch die Folgen einer Nachblutung seien schwerwiegender als bei der Kauterisationsmethode, da die Patienten, vom Arzte oft unbemerkt, sich in ihrem Mastdarm verbluten könnten infolge einer krampfhaften Kontraktion des Sphincters, der dann kein Blut nach außen gelangen lasse.

Um diesen Punkt gleich hier zu erledigen, so trifft dieser Einwand das an hiesiger Klinik geübte Excisionsverfahren nicht, weil infolge der bereits erwähnten Dilatation der Tonus des Schließmuskels für einige Zeit lahm gelegt und außerdem nach jeder Operation ein Drainrohr in das Rectum eingeführt wird, um einer Stauung durch Flüssigkeit, wie Blut und Wundsekret, und durch Gasansammlung vorzubeugen.

Gegenüber der Ligaturbehandlung der Haemorrhoiden wird von Ehrich in einer Arbeit aus dem Jahre 1902 auf Grund einer Nachprüfung des Materials der Rostocker chirurgischen Klinik (Prof. Dr. Müller) der Excisionsmethode folgendes nachgesagt: sie erfordere strengste Innehaltung der Asepsis, geschulte Assistenz und technische Fertigkeit in der Ausführung der Naht, sei daher für den weniger geübten Chirurgen keine ganz leichte Operation. Sodann sei sie zeitraubender als andere Methoden, ein Punkt, der deswegen nicht ganz nebensächlich sei, weil man es meistens mit erschöpften, anämischen Patienten zu tun habe. Ferner bedürfe die Nachbehandlung einer meist sorgfältigeren Kontrolle und könne durch gestörten Wundverlauf infolge vorzeitiger Stuhlentleerung und infolge Durchschneidens einiger oder der Mehrzahl der Nähte wesentlich verlängert werden. Auch dieser Punkt sei beachtenswert, da doch sehr viele

Patienten aus äußeren Gründen darauf angewiesen seien, möglichst bald wieder aus der Klinik heraus zu kommen. Auch für Komplikationen, wie Nachblutung, Infektion und narbige Stenose gebe die Excisionsmethode mehr Gelegenheit, als die Ligaturbehandlung. Schließlich führt Ehrich noch einen Fall von Inkontinenz für dünnen Stuhl an, den er nach der Excision der Knoten beobachtet hat. Diese Inkontinenz dauerte mehrere Monate lang.

Braatz-Königsberg hält auch nur wenig von der Radikaloperation der Haemorrhoiden, weil ein Durchschneiden der Nähte, Zurückweichen der Schleimhaut und spätere Narbenstrikturen vorkommen können.

Andere Autoren wieder warnen vor der allzu radikalen Ausführung der Excisionsmethode. So beschränkt sich Ganet lediglich auf die Excision der Knoten und läßt zwischen diesen möglichst viel gesunde Schleimhaut stehen. Er hat 250 Kranke auf diese Weise operiert und vorzügliche Resultate gehabt.

Auch Mc. Burney warnt vor der allgemeinen Anwendung der Whitehead'schen Methode und zwar wegen der Gefahr einer nachfolgenden Strikturbildung infolge Retraktion der cirkulär losgelösten Schleimhaut. Er empfiehlt in leichten Fällen eine Palliativoperation: Incision und Ausräumung des Gerinnsels aus den Knoten, in schweren Fällen Umschneidung und Excision der Knoten. Die Sphincterdehnung ist immer vorher auszuführen.

Ebenso verwirft ein französischer Autor, C. Monod, im Jahre 1900 die Whitehead'sche Operation, als eine zu blutige, die außerdem leicht zu Narbenstrikturen führe. Er empfiehlt, nach Dehnung des Sphincters mittels eines Speculums, die Haemorrhoidalknoten mit einer Klemme zu fassen, mit Schere oder Messer abzutragen parallel zur Achse des Rectums, und sofort die Schleimhautwunden durch Katgutnähte exakt miteinander zu vernähen.

Doch hat es in der Literatur auch nicht an Stimmen gefehlt, die der radikalen Excisionsmethode nach Whitehead eine große Bedeutung zuerkannten. Ich erinnere zunächst daran, daß Lange in New-York im Jahre 1887, unab-

hängig von Whitehead eine ganz ähnliche Excisionsbehandlung der Haemorrhoiden veröffentlichte, und daß auch Sendler-Magdeburg (1893) eine gleiche Methode, von guten Erfolgen begleitet, aufstellte, ohne die Arbeiten Whitehead's und Lange's gekannt zu haben. Spärlich zwar nur sind die Angaben, die wir in der Literatur finden, und sie lassen darauf schließen, daß diese Methode wenigstens in Deutschland noch nicht allgemeingültigen Beifall gefunden hat. v. Mikulicz war es besonders, der nach dem Jahre 1893 warm für die Excisionsmethode eintrat und diese in einigen Punkten noch modifizierte. An seiner Klinik erschienen zwei Arbeiten, die darüber berichten, eine aus dem Jahre 1898 von R. Raschkow und eine andere aus dem Jahre 1899 von G. Reinbach.

Raschkow sieht die Vorzüge dieser Methode vor allen anderen Methoden darin, daß sie das radikalste Verfahren darstellt und die Gefahr elner Wundinfektion vermeidet. Er berichtet über 25 Patienten, die nach dieser Methode behandelt sind, und bei denen er den Dauererfolg der Operation auf Grund von Anfragen (21) und eigenen Nachuntersuchungen (4) feststellen konnte: 22 sind vollkommen geheilt, 2 klagen über Abgang von Schleim bei der Stuhlentleerung und 1 über häufige Blutungen.

Reinbach berichtet an der Hand eines Materials von 92 Fällen über den Erfolg der Excisionsbehandlung. Die Anwendung der Excisionsmethode ergab sich nach Reinbach's eigenen Worten »als eine Konsequenz derjenigen jetzt herrschenden Bestrebung, welche, wo immer es möglich ist, die primäre Wundheilung an die Stelle der durch Granulationsbildung erfolgenden setzen möchte.« Und so beschreibt denn Reinbach die von Mikulicz geübte Operationsmethode, die sich von dem Whitehead'schen Verfahren in vier Punkten unterscheidet. Die von Whitehead empfohlene Dehnung des Sphincters wird unterlassen, ebenso die Unterbindung blutenderGefäße. Die Blutstillung wird durch dieNaht der Wundränder in exakter Weise erzielt. Die Naht wird nicht mit Seide, sondern mit Catgut ausgeführt, und die Reinigung des Operationsterrains während der Operation wird nicht mit Tupfern besorgt,

sondern lediglich mit kalten Spülungen (3% Borsäurelösung). Was das Anwendungsgebiet dieser Operationsmethode betrifft, so trat v. Mikulicz in den Fällen, in welchen Ulcerationen der Haut oder Schleimhaut, Abscedierung, Phlebitis und Thrombophlebitis vorlagen, für die Kauterisation ein. Alle anderen Fälle wurden mittels Excision behandelt. Die Vorzüge der Excisionsmethode faßt Reinbach in folgender Weise zusammen:

1. Sie garantiert primäre Wundheilung und damit Vermeidung von Nachblutungen und Wundinfektion.

2. Sie ist eine radikale Operation, die um so notwendiger ist, als es sich nach R's Meinung bei den Haemorrhoiden um echte Geschwülste gutartigen Charakters, um Angiome, handelt, wofür die Tatsache ein Beweis ist, daß sie auch im Kindesalter vorkommen.

3. Die Methode ist einfach und technisch leicht ausführbar und stellt an das Instrumentarium nur geringe Ansprüche.

4. Sie bewirkt keine Strikturenbildung.

Schwere Zufälle während der Nachbehandlung hat Reinbach in keinem Falle beobachtet, Nachblutungen in den ersten Jahren bei drei Patienten bei dennoch gutem Heilungsverlauf. Ein frühzeitiges Durchschneiden oder Ausreißen einzelner Nähte ist praktisch gleichfalls ohne erhebliche Bedeutung. Die Ursache dafür sieht R. in einer technisch mangelhaften Ausführung der Naht oder einer vorzeitigen Stuhlentleerung. Die Endresultate sind vorzüglich:

98,5% Heilungen,
1,5% Mißerfolg.

Reinbach kann nicht umhin, mit folgenden Worten seine Arbeit zu schließen: »Es ist diese Operation auf das Wärmste zu empfehlen und lebhaft zu wünschen, daß sie auch in Deutschland als das Normalverfahren betrachtet und allgemein eingeführt wird.«

Mehr Anklang als in Deutschland hat die Whitehead'sche Excisionsmethode in anderen Ländern gefunden, in Frankreich, Amerika, Rußland und England.

Véron trat im Jahre 1899 warm für diese Methode ein. Er macht darauf aufmerksam, daß bei der Schlußnaht die Fasern des Schließmuskels nicht mitgefaßt werden dürfen. Die Dauererfolge von 41 Operationen, von denen er 25 Fälle bis ins fünfte Jahr verfolgen konnte, waren sehr gut.

Auch Vuillard und Desgouttes-Lyon haben 25 Fälle mit der totalen cirkulären Excision behandelt und zur vollständigen Heilung kommen sehen, ohne daß eine Infektion der Wunde eingetreten sei oder spätere Stenosen sich gebildet hätten. Der Blutverlust ist nur gering, deswegen ist diese Methode in Fällen hochgradiger Anaemie sehr empfehlenswert. Der Sphincter zeigte bei späteren Nachuntersuchungen eine gute Kontraktionsfähigkeit.

Auf dem I. Kongreß der Gesellschaft russischer Chirurgen in Moskau im Januar 1901 berichtete Scujetinow über die Erfolge der Whitehead'schen Radikaloperation. Unmittelbar post op. traten in 181 Fällen 19 mal Harnretention ein, 4 mal geringe Nachblutungen und 16 mal Unfähigkeit, dem Defaecationsreiz lange zu widerstehen. Es wurde kein Todesfall und kein Recidiv beobachtet.

Mershejewski hat an 52 Patienten diese Operation ausgeführt. Bei 15 lag sie zur Zeit der Nachfrage ein Jahr zurück. Bei allen war der Sphincter instrumentell gedehnt worden. M. fand die Resultate sehr gut. In 2 Fällen war es zu einem geringen Vorfall von Mastdarmschleimhaut gekommen. Ein Patient klagte darüber, daß er die Winde nicht halten könne.

Liebermann (1902) behandelte 36 Fälle nach Whitehead: davon 32 Heilungen p. p., 1 mal Nachblutung, 2 mal Eiterung und 1 mal Dehiscenz der Nähte. Die Dauerresultate von 14 Patienten waren: 12 gesund, 1 mal Rektumstenose, 1 mal Blutung bei der Defaecation.

Nagy-Budapest sprach auf einem ungarischen Kongreß im Mai 1908 über die Endresultate der Whitehead'schen Operationsmethode auf Grund von 110 Untersuchungen. Spätere Beschwerden sind äußerst selten und treten nur dann auf, wenn der Sphincter nicht geschont war (Incontinenz, Rektumprolaps) oder eine Infektion erfolgte (Narbenstenose).

Dzirne (1904) beurteilt an der Hand von 200 Fällen, von denen er 42 mittels Ligatur, 48 mittels Kauterisation und 110 nach Whitehead operiert hat, die verschiedenen Methoden. Er kommt zu dem Resultat, die Whitehead'sche Operationsmethode als die beste zu empfehlen, da er durch sie sehr gute Erfolge erzielt hat.

Doch auch von englischen Autoren wird die Excisionsmethode gerne geübt. Penrose empfiehlt sie im Jahre 1892 besonders auch für schwere Fälle. Bishop (1910) hat in 15 Jahren Hunderte von Fällen operiert und niemals Stenoseerscheinungen oder sonstige üble Folgen gesehen, auch keine Recidive. Anderson (1910) hat 100 Fälle nach Whitehead operiert und empfiehlt sie als die, welche bei einer allgemeinen Entwickelung von Haemorrhoiden um den ganzen After herum die besten Resultate gibt. Freilich heißt es auch von dieser Methode, sie ist die schmerzhafteste, die Sphincterkontrolle tritt am spätesten wieder ein, leichte Stenosen kommen am häufigsten vor und die Behandlungsdauer ist die längste.

Auf eine Beurteilung der Resultate, welche mittels der Excisionsmethode an der hiesigen chirurgischen Klinik erzielt wurden, bin ich bereits mit einigen Worten eingegangen. Zusammenfassend möchte ich jetzt noch einmal darauf zurückkommen.

Die unmittelbaren Erfolge kann man mit Fug und Recht als sehr gut bezeichnen, abgesehen von den angeführten Komplikationen, die ja bei der Entlassung der Patienten sämtlich verschwunden waren. Nicht so die Dauererfolge, wenigstens nicht auf den ersten Blick. Wie die Tabelle zeigt, stellen sich statistisch die Dauerresultate folgendermaßen:

Heilung	69,1 %	(105)
Besserung	18,4 %	(28) (+ 10 %),
Angeblich nicht recidivfrei	12,5 %	(19)
(wahre Rezidive	2,5 %).	

Dieses Resultat ist in Bezug auf Fälle mit vollkommener Heilung bei weitem nicht so vorzüglich zu nennen,

wie es bei den meisten anderen Zusammenstellungen der Fall ist. Einerseits mag es daher kommen, daß unser in Betracht kommendes Material ein größeres ist und der Zeitpunkt der Operation für viele Fälle weiter zurückliegt, andererseits auch daher, daß die Excisionsmethode, bis auf wenige Ausnahmen, eine ganz allgemeine Anwendung fand. Es wurde keine sorgfältige Auswahl unter den Patienten getroffen, wie Reinbach es tut. Ich möchte aber überhaupt diesen Zahlen nur einen relativen, ja nur einen ganz untergeordneten Wert zuerkennen. Denn sie sagen nichts aus über einen wirklichen, endgültigen Erfolg der ausgeübten Operation, sondern nur darüber, wie der Zustand eines Patienten jetzt zur Zeit der Nachfrage ist, und die Erfahrung lehrt doch, daß Recidive scheinbar noch nach 10 Jahren möglich sind.

Was nun diese angeblichen Recidive betrifft, so ist die Zahl 12,5 % wahrlich nicht gering. Ich hob schon hervor, wie vorsichtig man sein muß in einer entschiedenen Beurteilung und Wertung der schriftlichen oder mündlichen Angaben von seiten eines Patienten. War es mir doch auch nicht schwierig, in den Fällen, die ich selbst untersuchen konnte, und bei denen äußerlich und digital absolut nichts nachzuweisen war, welche aber dennoch über typische Haemorrhoidalbeschwerden klagten, einen habitus neurasthenicus zu erkennen, der ja auch verständlich wird, wenn man bedenkt, ein wie unangenehmes und auch erschöpfendes Leiden die Haemorrhoiden darstellen. Sagt doch Samuel Gant in der Einleitung zu seinem bereits genannten Buche: »Es ist zweifelhaft, ob irgend ein anderer Körperteil so häufig der Sitz lästiger und schmerzhafter Zustände ist, wie der anus, das rectum und deren Umgebungen. Die Beschwerden, welche durch Erkrankungen dieser Teile herbeigeführt werden, können sehr heftiger Art sein; sie können sich auf den Sitz der Erkrankung beschränken oder reflektorisch benachbarte Organe, ja fernliegende Teile in Mitleidenschaft ziehen. Personen mit solchen Beschwerden sind gewöhnlich geistig und körperlich gehemmt, unfähig ihren gesellschaftlichen und anderen Obliegenheiten zu genügen«. Es ist er-

klärlich, wenn solche Leute, die durch eine Operation von ihrem Leiden befreit wurden, ängstlich um ihre Gesundheit besorgt werden und nur zu leicht geneigt sind, jede kleine Schmerzhaftigkeit aufzubauschen und zu übertreiben. Mit Rücksicht auf diese Beobachtungen, die ich machen konnte, möchte ich die Zahl 12,5% mit großen Bedenken hingestellt wissen.

Die bereits erwähnte Nachuntersuchung lehrt doch, daß nur der fünfte Teil der angeblichen Recidive anatomisch-pathologisch wahre Recidive darstellen. So ergeben sich füs uns als wahre Recidive 2,5%, während wir den Rest 10% unter die Besserungen rechnen können.

Dieses Bedenken bei der statistischen Verwertung des zur Verfügung stehenden Materials hat auch Reinbach, welcher der Meinung ist, daß »selbst die nicht günstig lautenden Berichte nur bedingt ein wahres Bild des vorhandenen Zustandes oder vielmehr der objektiven Veränderungen entrollen«. Zum Beweise dieser Behauptung führt Reinbach zwei Fälle an, bei denen die schriftlichen Angaben fast sicher ein Recidiv vermuten ließen, wo aber eine persönliche Nachuntersuchung absolut normale anatomische und funktionelle Verhältnisse ergab.

Auch Raschkow weist darauf hin, wie schwierig es ist, auf schriftliche Mitteilungen hin ein richtiges Bild von dem Zustand eines Patienten zu bekommen. Ich darf seine eigenen Worte wohl anführen. Er sagt: »Gerade mit dem Begriff Haemorrhoiden wird in Laienkreisen bekanntlich vieles bezeichnet, was damit nichts zu tun hat. Es ist bei Haemorrhoidaloperationen zu berücksichtigen, daß mitunter Krankheiten des Mastdarms nebenherlaufen, die teils mit den Haemorrhoiden zusammenhängen, teils gesondert bestehen: Proktitis, Fisteln, Fissuren. Diese Krankheiten, namentlich die Proktitis, veranlassen die Patienten oft zu dem Glauben, daß die Operation ihnen nichts geholfen habe, weil ein Teil ihrer subjektiven Symptome und auch der subjektiven Erscheinungen, namentlich der Schleimabgang, noch fortbestehen«. Noch ein anderer Umstand, den ich schon erwähnte und

den auch Raschkow anführt, läßt die Patienten oft glauben, ihr Leiden bestehe noch. Es sind das die selten oder häufiger auftretenden Blutungen aus hochsitzenden Haemorrhoidalknoten, die »besonders, wenn die zur Zeit der Operation noch klein sind, sich der Beobachtung entziehen oder aus technischen Gründen nicht mitentfernt werden können«.

Es fragt sich schließlich überhaupt doch sehr, ob man irgendwelche Mißerfolge in jedem Falle der Operationsmethode als solcher in die Schuhe legen darf. Gelpke sagt in einer Arbeit: »Dem Haemorrhoidarier kann auf die Dauer nicht geholfen werden — auch nicht vom Chirurgen — ohne Befolgung gewisser Vorschriften«: viel Liegen, Schlafen in Seitenlage, Körperbewegung, regelmäßige Stuhlentleerung u. a. Und wie wenig solche Vorschriften von den meisten Patienten befolgt werden, das weiß jeder.

Unter Besserungen (18,4 %) fasse ich alle die Patienten zusammen, die zwar noch nicht frei sind von dieser oder jener Klage, die aber doch durch die Operation von ihrem eigentlichen Leiden befreit wurden, und deren augenblicklich noch vorhandenen Beschwerden in keinem Verhältnis stehen zu denen vor der Operation. Dazu gehören auch die beobachteten Incontinenzerscheinungen.

Hiermit komme ich auf einen Punkt, dessen Erledigung besonders wichtig ist. Es handelt sich um die Folgen der forcierten Dehnung des sphincter ani, welcher Melchior in der anfangs zitierten Arbeit nicht gleichgültige Gefahren unterschiebt.

Die gewaltsame digitale oder instrumentelle Dehnung des Schließmuskels ist als Alleinbehandlung der Haemorrhoiden von einer großen Anzahl Chirurgen empfohlen worden. Ich nenne nur einige Namen: Fontan, Lepelletier de la Sarthe, Guyon, Maisonneuve, Récamier, Nélaton, Aubert, Manley, Walker, Verneuil, Thevenard, Ssubotin, Trélat, Reclus. Über die Art und Weise der Dehnung wird folgendes angegeben: sie muß langsam, kräftig, erst allmählich stärker werdend und ad maximum durchgeführt werden. Einrisse sollen vermieden werden. Insufficienzerscheinungen nach diesem Vorgehen finde ich in der Literatur nur bei einem

einzigen Autor erwähnt: Verneuil, der seit 1872 bei allen Haemorrhoidalerkrankungen die forcierte Dilatation anwendet, sah in einigen wenigen Fällen seine Behandlungsmethode versagen: es traten hier eine Lähmung des sphincter externus und ein Rectumprolaps ein, ein Zufall, der nach Walkers Angabe bei der allmählichen Dehnung niemals zutage treten soll. Verneuil behandelte diese Fälle mit Elektrizität und will niemals einen Mißerfolg erlebt haben. Sonst wird nur von vorzüglichen Resultaten berichtet.

Sodann wird die Sphincterdehnung als Voroperation auch von fast allen Vertretern der übrigen Operationsmethoden ausgeführt. Trinkler geht sogar so weit, daß er bei jeder Haemorrhoidaloperation als Nachoperation eine Incision des Sphincters in linearer Richtung macht, und erreicht in idealer Weise dadurch das, was auch die einfache Dilatation bezwecken will:

1. eine vollkommene Ruhigstellung des operierten Organes und als Folge davon ein Aufhören von heftigen Schmerzen, welche Trinkler in der Hauptsache den dauernden tenesmischen Kontraktionen des Sphincters glaubt zur Last legen zu müssen;

2. die Möglichkeit einer erleichterten antiseptischen Nachbehandlung: durch Erschlaffung des orificium anale gelingt es, große und gut resorbierende Tampons in das Rectum einzuführen und den Darmgasen und Wundsecreten einen freien Abgang zu verschaffen. Bei gesunder, nicht infiltrierter Schleimhaut heilt die Incision in 9—10 Tagen. Eine Incontinenz hat Trinkler in keinem seiner Fälle beobachten können.

Manche Chirurgen sehen auch von einer Sphincterdehnung ab. Madelung verzichtet darauf, John O'Conor-Buenos-Aires führt sie nicht aus und auch Reinbach erwähnt, daß sie an der von Mikulicz'schen Klinik nicht geübt wird. Doch finde ich als Grund dafür die Möglichkeit von Insufficienzerscheinungen nicht angegeben.

Daß nach der Dilatation bisweilen eine Parese des Sphincters und eine zeitweise incontinentia alvi erfolgen kann, das erwähnt, wie auch Melchior hervorhebt, auch

v. Esmarch, der seiner Haemorrhoidalbehandlung ebenfalls eine gewaltsame Erweiterung des Anus vorausschickt.

Wie steht es nun mit den Fällen der hiesigen Klinik? Die Nachfrage ergab.

4 mal Schleimhautprolaps,
19 „ (12,5 %) partielle Incontinenz.

Was den Vorfall der Rektalschleimhaut betrifft, so könnte man wohl daran denken, daß infolge mangelhafter Schlußfähigkeit des Anus, also einer Atonie der beiden Sphincteren, sich die Schleimhaut besonders beim Pressen vorstülpt. Doch ist die Sphincterparese nicht eine notwendige Vorbedingung für den Prolaps. Dieser kann vielmehr auch dadurch entstehen, daß bei dem Zirkulärschnitt ein Stück der äußeren Haut, die sich immer etwas retrahiert und dann die Schleimhaut nach sich zieht, mit excidiert wurde. Eine zweite Veranlassung zu einem Prolaps kann auch dadurch gegeben werden, daß der obere Zirkulärschnitt nicht genau parallel dem unteren gemacht wurde, sodaß bei der Naht überflüssige Schleimhaut vorhanden war, die dann prolabierte.

Anders steht es mit der incontinentia alvi. Hier müssen wir tatsächlich an eine Affektion des Schließapparates, an eine Laesion der Sphincteren, denken, wenn wir von vornherein davon absehen wollen, daß eine Incontinenz in diesem oder jenem unserer Fälle auch schon ante operationem bestanden haben mag. Einen solchen Fall mit Sicherheit erlebt zu haben, berichtete mir Herr Prof. Dr. Anschütz, und einen zweiten habe ich früher bereits erwähnt. Wie nun diese Sphincterlaesion zustande kommt, und wann, das mit Sicherheit zu entscheiden, scheint schwer. Dagegen, daß wir sie lediglich der subkutanen Dehnung der Sphincteren zuschreiben, spricht der Umstand, daß die Patienten, welche mit Sphincterdehnung allein behandelt worden waren oder nur als Voroperation zu anderen Methoden (Ligatur, Kauterisation), keine Incontinenzerscheinungen zeigen (Ehrich).

Man könnte immerhin an eine Folge der Dilatation auch dann noch denken, wenn es sich um Patienten im höheren Lebensalter handelte, da bei diesen infolge eines

Mangels an elastischen Fasern eine irreparable Laesion des Sphincters nur zu leicht gesetzt wird. Aber dies trifft nicht zu in unseren Fällen, die sich zum allergrößten Teil in einem Alter zwischen 30 und 40 Jahren bewegen.

Mit Sphincterdehnung wird an der hiesigen Klinik auch die fissura ani behandelt, und den Erfolg dieser Operation möchte ich mit in die Beantwortung der gestellten Frage hineinziehen.

Im ganzen sind innerhalb der letzten zehn Jahre 21 Patienten (17 Männer, 4 Frauen) wegen einer Analfissur behandelt, davon 19 mit Spincterdehnung und 2 mit Discision des Sphincters. Bei einem Teil (10) der Patienten wurde außerdem die Fissur excidiert, bei einem anderen Teil (4) mit argentum nitricum geätzt. Als einzige Komplikation während der Nachbehandlung wurde einmal eine Cystitis beobachtet. Die unmittelbaren Erfolge waren durchaus gut: 20 Patienten wurden als geheilt entlassen, 1 als ungeheilt.

Dieser als ungeheilt entlassene Patient war in die Klinik gekommen mit allgemeinen Schmerzen im ganzen Abdomen und in der Analgegend. Es ließ sich mit allen nur möglichen Untersuchungsmethaden (Rektoscopie, Röntgenaufnahme nach Wismuteinlauf, Ophthalmoreaktion, Probefrühstück) eine sichere Diagnose nicht stellen. Außerdem bestand ein starker Tenesmus des sphincter ani, hervorgerufen durch eine geringe Fissur. Daraufhin wurde eine Sphincterdehnung in Aether-Narkose vorgenommen. Die heftigen Schmerzen, die der Patient hatte, hörten für ganz kurze Zeit auf, bald erreichten sie wieder ihren früheren Grad. Der Kranke wurde alsdann in die Medizinische Klinik verlegt unter der fraglichen Diagnose: Strictura coli? Colitis? Auf meine Anfrage, die nach 4 Jahren erfolgte, teilt mir der Patient mit, daß er dieselben Schmerzen wie früher habe: ein starkes unbestimmtes Druckgefühl im ganzen Leib, schmerzhafte Blähungen und zeitweise die Empfindung, als ob beim Stuhlgang der Mastdarm austrete.

Auch an die wegen einer Analfissur behandelten Patienten sandte ich Fragebögen und bekam daraufhin 13

Antworten. Die Dauererfolge stellten sich folgendermaßen: 9 Patienten waren vollkommen gesund, die übrigen 4 Patienten klagten über Brennen und Jucken oder über andere unsichere Beschwerden am After. Einer von diesen 4 stellte sich zur Nachuntersuchung vor: orificium anale ist vollkommen intakt, eine leichte Rötung findet sich in der Tiefe der Interglutäalfalte. Die Continenz für Stuhl war bei allen Patienten absolut gut.

Beide Behandlungsmethoden der fissura ani, sowohl die Discision des Sphincters als auch die einfache allmähliche oder forcierte Dilatation führen zum Ziele und haben ihre Verteidiger, ob nun das Fortbestehen der Fissur als Folge des Afterkrampfes oder umgekehrt die Fissur und die durch sie bloß liegenden Nerven als Grund für den Krampf aufgefaßt werden (v. Lavandal). Selbst Rosenbach, der die eigentliche Ursache der sog. fissura ani in perversen Innervations- und Zirkulationsverhältnissen sucht und eine mehr psychische Behandlung empfiehlt, kann nicht umhin, der forcierten Dilatation oder Discision des Sphincters, diesem »eigentlich als roh zu bezeichnenden, weil kaum zu berechnendem Eingriff«, als letztem und heroischem Mittel ein Recht der Existenz zuzusprechen.

Ich erwähnte schon, daß sich in allen mit Sphincter-Dehnung behandelten Fällen von fissura ani keine einzige nachträgliche Insufficienzerscheinung bemerkbar gemacht hat, und dieses Resultat in Kombination mit dem schon vorher über die Folgen der Sphincterdilatation gesagten läßt vermuten, daß es nicht, wie Melchior meint annehmen zu müssen, die subkutane allmähliche oder forcierte Dehnung des Sphincters an und für sich sein kann, nicht eine »Dehnungsatrophie« (Melchior) des Schließmuskels, welche die Veranlassung zur incontinentia alvi gibt, sondern, daß wir diese in technischen Schwierigkeiten suchen müssen, und zwar am ehesten wohl in einer direkten intra operationem gesetzten Laesion des Sphincters und in einer sekundären Narbenentwickelung innerhalb des Muskels, die ihn in seiner Funktion erheblich beeinträchtigt.

Diese Möglichkeit geben auch v. Esmarch und Gant

zu und auch Lederer-Wien, welcher die Excision der Haemorrhoiden gerade deswegen verwirft, weil »infolge der vorkommenden Sphincterverletzungen und der oft ausbleibenden Wiedervereinigung der Kontinuitätstrennung zuweilen Incontinenz resultiert«.

Zugegeben, daß für die vorübergehenden Incontinenzerscheinungen die Dehnung des Muskels der Grund war, so möchte ich für die dauernden Schädigungen dennoch an der Sphincterlaesion festhalten trotz aller Einwendungen, die man gemacht hat. Man hat gesagt, die übliche Schnittführung bei der Excision der Haemorrhoiden schließe eine Sphincterverletzung fast sicher aus, und nach Schacht ist diese bei vorsichtigem Arbeiten deswegen nicht zu fürchten, weil die den Muskel bedeckende lockere Bindegewebsschicht ziemlich dick sei. Doch auf der anderen Seite erwähnt Raschkow folgendes: »Häufig finden sich innerhalb der Substanz des sphincter internus größere Venenkomplexe, die dann aus dem Sphincter einzeln herauspraepariert werden müssen«. Daß bei dieser Manipulation Verletzungen des Muskelgewebes vorkommen können, scheint doch nicht so ganz ausgeschlossen. Raschkow berichtet auch von drei Fällen, bei denen eine incontinentia alvi erfolgte, welche allerdings stets wieder vorüber ging.

Die angeführten Fälle, in denen sich bei dem Material der hiesigen Klinik postoperative Incontinenzerscheinungen bemerkbar machten, sind, meine ich, immerhin nicht so furchtbar schwer zu nehmen. Wie ich schon erwähnte, sind sie den betreffenden Patienten eigentlich garnicht hinderlich. Wenn sie das wären, so wären die Patienten längst wieder in die Klinik gekommen, und hier wäre das Leiden dann durch entsprechende Behandlung (Elektricität, Vibrationsmassage, Bäder, Adstringentia) doch wohl in manchen Fällen gebessert worden.

Als ein Endergebnis meiner Arbeit glaube ich darüber Klarheit verschafft zu haben, daß die radikale Excisionsbehandlung der Haemorrhoiden nach Whitehead sehr wohl geeignet ist, befriedigende Resultate zu erzielen, daß sie allerdings technisch nicht so einfach und leicht zu sein

scheint, wie man bisher allgemein angenommen hat. Um den vielen möglichen Komplikationen aus dem Wege zu gehen, bedarf es einer durchaus exakten, zielbewußten Durchführung der Methode.

Ich wollte durch meine Ausführungen nicht eine ganz bestimmt abgegrenzte Möglichkeit der Haemorrhoidalbehandlung als die einzig und allein annehmbare hinstellen, sondern ich meine, daß man auch anderen Operationsmethoden ihre Berechtigung und ihren Wert nicht absprechen kann, und so darf ich wohl an den Schluß meiner Arbeit einen Gedanken setzen, den Paul Schacht in seiner Dissertation: »Die chirurgische Behandlung der Haemorrhoiden« mit folgenden Worten zum Ausdruck bringt: Alle diese Methoden (Excision, Ligatur, Kauterisation, Injektion, Dilatation) sind in der einschlägigen Literatur empfohlen worden und haben eine jede ihre eigenen Lobredner gefunden. Also müssen sie auch alle ihre Vorteile haben. Aber eine jede von ihnen muß auch ihre Nachteile haben; denn keiner ist es gelungen, sich eine dominierende Stellung in der Behandlung der Haemorrhoiden zu erkämpfen«.

* *
*

Zum Schlusse erfülle ich die angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Professor Dr. Anschütz für die Anregung zu dieser Arbeit meinen aufrichtigsten Dank auszusprechen, und ebenso Herrn Professor Dr. Baum für die freundliche Unterstützung, welche er mir bei der Anfertigung derselben zuteil werden ließ.

Literaturangabe.

---

1. E. Melchior-Berlin, Über die Gefahren der forcierten Dehnung des sphincter ani. Münch. Med. Wochenschr. 1910, No. 38.
2. Zentralblatt für Chirurgie.
3. Samuel Goodwin Gant, Die Krankheiten des Mastdarmes und des Afters. (Übersetzung von Dr. A. Rose-New-York).
4. Paul Schacht, Die chirurgische Behandlung der Haemorrhoiden. Inaug.-Dissertation Königsberg 1904.
5. L. Talke-Königsberg, Über die Endresultate der von Langenbeck'schen Haemorrhoidenoperation. Bruns Beitr., No. 33, H. 1.
6. E. Ehrich-Rostock, Zur Ligaturbehandlung der Haemorrhoiden. Bruns Beitr., No. 35, H. 1.
7. G. Reinbach-Breslau, Die Excision der Haemorrhoiden. Bruns Beitr., No. 23, H. 3.
8. Derselbe, Pathologisch-anatomische und klinische Beiträge zur Lehre von den Haemorrhoiden. Bruns Beitr., No. 19, H. 1.
9. Derselbe, Haemorrhoiden im Kindesalter, zugleich ein weiterer Beitrag zur pathologischen Anatomie dieses Leidens, Grenzgebiete der Medizin und Chirurgie. 1903, Bd. 12, H. 3.

10. Koenig, Lehrbuch der speziellen Chirurgie, Bd. II.

11. Leser, Spezielle Chirurgie.

12. R. Raschkow, Historische und klinische Beiträge zur örtlichen Behandlung der Haemorrhoiden. Inaug.-Dissertation Breslau 1898.

13. G. von Lavandal-Wien, Über die chirurgische Behandlung der Haemorrhoiden. Wiener Med. Presse 1903, No. 8.

14. E. Braatz-Königsberg, Die chirurgische Behandlung der Haemorrhoiden. Therapeut. Monatshefte 1908, H. 3.

15. Lederer-Wien, Über die Dauerresultate der von Langenbeck'schen Haemorrhoidenoperation. Wiener klinische Rundschau 1906, No. 29.

16. Gelpke-Basel, Haemorrhoiden, ihr Wesen und ihre Behandlung. Medizin. Klinik 1907, No. 49.

17. Payr-Greifswald, Der entzündete Haemorrhoidalknoten und seine Behandlung. Medizin. Klinik 1908, No. 18.

18. Esmarch, Die Krankheiten des Mastdarmes und des Afters. 1887.

19. Wullstein und Wilms, Lehrbuch der Chirurgie.

20. Rosenbach-Berlin, Zur Pathogenese und Therapie der sogenannten fissura ani. Berlin. Klin- Wochenschrift 1900, No. 10 und 11.

Lebenslauf.

Als zweiter Sohn unter acht Geschwistern bin ich in Schleswig am 7. August 1886 geboren. Mein Vater ist Taubstummenlehrer. Ich besuchte zuerst die Volksschule, dann das Gymnasium zu Schleswig und bestand hier Ostern 1905 die Abgangsprüfung. In Tübingen studierte ich zwei Semester Theologie, sodann in Kiel Medizin. Hier bestand ich im Frühjahr 1909 die ärztliche Vorprüfung und im Herbst 1911 die ärztliche Prüfung. Ich bekenne mich zum evangelischen Glauben.
